**葉　山　町　個　別　避　難　計　画**

作成日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人　の　情　報 | 住所 | |  | | | | | | | | TEL | | | | | | (自宅) | | | | | | | | | |
| (携帯) | | | | | | | | | |
| FAX | | | | | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | メール | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | 性別 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 男・女 | | | | | | 生年  月日 | | | | 明治・大正・昭和・平成・令和  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| **特記事項（身体の状況、移動に要する器具、持ち出すべきもの等）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □　身体障害者手帳を持っている　　　　障害名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　難病患者である　　　　　　　　　　病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　歩行が困難　→　車いす　・　杖　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）が必要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　認知症状がある　　　　　　　　　　□　寝たきりである | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの病院 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 担当医 | | |  | | | |
| 治療中の病気 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飲んでいる薬と  服用上の注意 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 災害時に避難する場所及び避難方法 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等の情報 | 緊急時の家族等の連絡先(本人情報と同時に外部提供されることに同意を得たうえで記入してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | 続柄 | | | | 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | |  | | | | TEL | | (自宅) | | | | | | | | | | |
| (携帯) | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | 続柄 | | | | 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | |  | | | | TEL | | (自宅) | | | | | | | | | | |
| (携帯) | | | | | | | | | | |
| 家の情報 | 同居人 | | | | □ いる（　　　人）　※ 自分を含めない  □ いない | | | | | | | | | | 居住建物の構造 | | | | | | | | |  | | |
| 日　　中  よくいる部屋 | | | | |  | | | | | | | | 夜　　間  よくいる部屋 | | | | | | | |  | | | | |
| 支 援 者 情 報 | 避難支援者（災害時に避難支援してもらえるご近似所の方を、**その方の同意を得てから**記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | 関係 | | | | 住所 | | | | | | 葉山町 | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | |  | | | | TEL | | | | | | (自宅) | | | | | | | |
| (携帯) | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | 関係 | | | | 住所 | | | | | | 葉山町 | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | |  | | | | TEL | | | | | | (自宅) | | | | | | | |
| (携帯) | | | | | | | |
| 支援関係情報 | 緊急通報システム | | | | | | あり　・　なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護保険事業所 | | | | | |  | | | | | ケアマネ  相談支援員 | | | | | |  | | | | | | | TEL |  |
| 町内会名 | | | | | |  | | | | | 民生委員  児童委員 | | | | | |  | | | | | | | TEL |  |

情報伝達においての留意事項

|  |
| --- |
|  |

避難誘導時の留意事項

|  |
| --- |
|  |

避難先での留意事項

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 私は、葉山町個別避難計画の趣旨に賛同し、ここに記載した内容を、葉山町、自主防災組織（町内会・自治会）、民生委員、児童委員、消防機関及び警察へ提供することに同意します。  ※本人署名（代理人署名の場合は代理人署名枠に☑を入れ、ご関係を記入ください。）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□代理人署名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ご関係） | |
| 書類記入者 |  |
| 添付書類 | □ 有 |